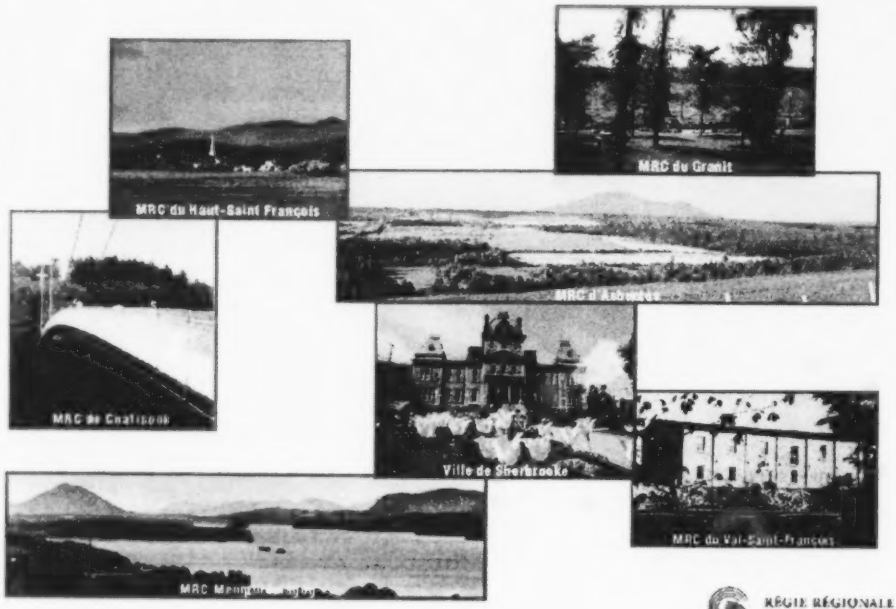
PLAN D'ACTION RÉGIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DE L'ESTRIE

2004-2007

- Cahier 1 — Périnatalité et petite enfance
- Cahier 2 — 5 - 11 ans
- Cahier 3 — 12 - 17 ans
- Cahier 4 — Adultes
- Cahier 6 — Toute la population

Cahier 5 — Personnes âgées



RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE L'ESTRIE
DIRECTION

106-03303/

Le « Plan d'action régional de santé publique de l'Estrie 2004-2007 - Cahier 5 » a été élaboré sous la direction de :

Ginette Dorval, M.D., directrice, Direction de santé publique et de l'évaluation de l'Estrie
Francine Boulanger, chef de service, Service santé au travail
Aline Émond, chef de service, Service soutien méthodologique et évaluation
Lynda Périgny, chef de service, Service promotion/prévention de la santé
Reno Proulx, M.D., chef de service, Service protection de la santé publique

Coordination des travaux

Aline Émond, chef de service, Service soutien méthodologique et évaluation

Secrétariat

Mireille Ara, secrétaire, Service promotion/prévention de la santé
France Paquet, secrétaire, Service soutien méthodologique et évaluation

Conception graphique
Bernard Bilodeau, technicien en communication, Service des communications

De nombreuses personnes ont contribué à l'élaboration
du « Plan d'action régional de santé publique de l'Estrie 2004-2007 - Cahier 5 ».
La liste de ces personnes est présentée à la fin du document.

Dépôt légal : 4e trimestre
Bibliothèque nationale du Québec, 2003
Bibliothèque nationale du Canada, 2003

ISBN : 2-921776-25-1

Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée,
à condition que la source soit mentionnée.

Table des matières

Page

Introduction 1

Domaine 3 - Traumatismes non intentionnels

Présentation 5
Fiche 5.3.1 Chutes à domicile 7

Domaine 4 - Maladies infectieuses

Présentation 13
Fiche 5.4.1 Infections invasives à pneumocoque 15
Fiche 5.4.2 Influenza 17

Références 21

Annexes

Annexe A : Programme de prévention de la perte d'autonomie chez les personnes aînées (Programme de prévention PAPA) 25
Annexe B : Programme d'immunisation du Québec 27

Liste des collaborateurs et collaboratrices 29

Introduction

En Estrie, en 2003, près de 42 000 personnes ont 65 ans ou plus; près d'un million au Québec. Cet âge qui, à une autre époque aurait pu paraître fatidique ou vénérable, est maintenant monnaie courante, puisque les personnes âgées représentent à ce jour 14 % de la population estrienne.[1]

Qui sont ces personnes et surtout qu'en est-il de leur état de santé? Nés avant 1938, elles sont, pour la plupart, issues de familles rurales et nombreuses. Des conditions difficiles ont marqué leur jeunesse comme la crise de 1929, la Seconde Guerre mondiale, une forte mortalité des femmes en couches et des enfants en bas âge ainsi que plusieurs maladies infectieuses dont la tuberculose qui a fauché au passage bien des êtres chers.

Les conditions sociales et de santé se sont progressivement améliorées au cours des derniers cinquante ans entraînant une plus grande longévité. Cette situation conjuguée à une faible natalité a permis une augmentation du nombre et de la proportion des personnes âgées dans la population.

Plus de la moitié des personnes âgées sont de « jeunes » âgés de 65 à 74 ans. Par contre, le nombre de personnes de ce groupe d'âge, plus de 22 000 dans la population estrienne, ne s'est accrû que de 6 % dans les derniers dix ans, alors que les 75 à 84 ans ont augmenté de 28 % et les 85 ans et plus de 50 %. À 65 ans, on peut espérer vivre encore 20 ans si on est une femme et 16 ans si on est un homme.

---

[1] Chantal LEFEBVRE, *Un portrait de la santé des Québécois de 65 ans et plus*, INSPQ, Québec, 2003.

Quatre aspects de l'environnement social et économique des personnes âgées sont reconnus comme ayant un effet sur la santé, soit le fait de vivre avec son conjoint, à son domicile, avec une situation financière satisfaisante et bien entouré de parents et amis. Tous ces aspects ont un effet protecteur sur la santé. Ces conditions sont plus déterminantes que le système de soins, qui n'intervient souvent qu'après l'apparition d'un problème de santé. Soulignons que le recensement de 2001 indique que 97 % des personnes de 65 à 74 ans habitent en ménage privé, alors que cette proportion baisse à 88 % dans le groupe des 75 à 84 ans et à 59 % chez les 85 ans et plus.

Elles mangent seules dans 30 % des cas, mais la grande majorité des personnes de 65 ans et plus (83 %) estime avoir de bonnes habitudes alimentaires. On sait aussi qu'entre les enquêtes de 1987 et 1998, le niveau d'activité physique a diminué dans cette population, comme dans la population en général, et que les personnes présentant un excès de poids y sont plus nombreuses.

Les problèmes de santé de cette population sont de nature chronique. Certains sont plus préoccupants en raison de leur augmentation dans cette population, c'est le cas du diabète avec 14 % des personnes âgées atteintes en Estrie.

Les personnes de 65 ans et plus présentent des incapacités pour 42 % d'entre elles. Parmi les principales causes de limitation d'activité, on sait que, dans la population en général, 18 % sont d'origine accidentelle. Chez les personnes âgées, les chutes sont la principale cause d'accidents avec blessure et le nombre annuel de décès dus à cette cause grimpe avec l'âge. Ces chutes se produisent, la plupart du temps, à l'extérieur du domicile pour les personnes de moins de 75 ans et à l'intérieur du domicile pour les 75 ans et plus. Or, les chutes sont des événements évitables.

De plus, on note que la consommation de trois médicaments et plus chez les 65 ans et plus est passée de 33 % à 52 % en dix ans; sans contester les effets bénéfiques attendus, il faut souligner que le recours à plusieurs médicaments, dont des psychotropes avec 11 % des personnes âgées qui en consomment, augmente le risque d'interactions et d'effets indésirables.

Domaine 3
Traumatismes non intentionnels

Présentation du domaine des traumatismes non intentionnels

Ce domaine regroupe l'ensemble des blessures et des empoisonnements qui surviennent involontairement et qui, dans la plupart des cas, sont évitables.

Pour les personnes âgées, cette section identifie des activités à déployer visant à réduire les blessures à domicile, notamment les chutes.

CLIENTÈLE : Personnes âgées **5.3.1**

DOMAINE : Traumatismes non intentionnels

OBJECTIF : D'ici 2012, réduire la morbidité et la mortalité liées aux chutes à domicile.

ÉTAT DE SITUATION :

En Estrie, on estime qu'environ 30 % des personnes âgées vivant à domicile chutent chaque année. Les blessures se classent parmi les causes importantes de décès chez les personnes âgées et la chute est le type d'accident qui est de loin le plus fréquent au sein de cette population. En région, le taux de mortalité, pour l'ensemble de la population, par chute accidentelle, gravite autour de 9 décès pour 100 000 personnes, mais c'est chez les personnes âgées, surtout celles de 75 ans ou plus que le phénomène prend vraiment de l'ampleur avec un taux de 144 pour 100 000[1].

Les chutes entraînent aussi des blessures physiques qui peuvent nécessiter l'hospitalisation. Quelque 674 hospitalisations pour des problèmes consécutifs à une chute accidentelle ont été générées par des résidents âgés de l'Estrie, au cours de l'année financière 1998-1999. Ces hospitalisations, dont 78 % concernent les 75 ans ou plus, ont duré en moyenne 12 jours pour les personnes âgées de 65 à 74 ans et 18 jours pour celles de 75 ans ou plus[1]. Dans les cas plus sévères, les chutes conduisent souvent à une perte marquée d'autonomie et dans certains cas, elles mènent jusqu'à l'hébergement.

Face à un tel portrait, la Direction de santé publique et de l'évaluation de l'Estrie alloue, depuis 1999-2000, une somme annuelle récurrente de quelque 385 000 $ pour supporter un Programme de prévention de la perte d'autonomie chez les personnes aînées (Programme de prévention PAPA) – prévention des chutes (Annexe A). Cette décision fait suite à la démonstration que les activités de ce programme, mises en branle dans chaque MRC depuis 1997, atteignent le volume souhaité et s'avèrent aussi efficaces que prévu.

La programmation de ces activités découle de la réflexion de représentants de CLSC, de centres de jour et d'organismes communautaires concernés par la problématique. Le programme s'articule autour de cinq facteurs de risque reliés aux chutes et à la perte d'autonomie fonctionnelle. Il s'agit de la consommation médicamenteuse, de l'alimentation, de l'activité physique (démarche et équilibre), de l'adaptation architecturale (risques environnementaux à domicile) et de l'hypotension orthostatique (baisse subite de pression sanguine lors de changement de position). Un suivi du programme se fait avec les responsables locaux et des correctifs sont apportés si nécessaire. Depuis les deux dernières années, le programme permet une action communautaire de maintien des acquis pour deux des cinq facteurs, soit la nutrition et les programmes d'exercices.

Dans chaque MRC, le programme met à contribution différents partenaires comme les organismes communautaires, les centres de jour ou autres organismes, mais la coordination est assurée par le CLSC local. Seules les personnes âgées de 65 ans ou plus ne présentant pas de pathologie sévère, vivant dans leur milieu, nouvellement inscrites à un service de maintien à domicile et considérées à risque pour au moins un des cinq facteurs identifiés plus haut, sont admissibles au programme.

Le programme rejoint entre 750 et 1000 personnes par année. Ce nombre correspond à environ 20 % de la clientèle potentielle pour ce type de programme.

Le programme n'inclut pas présentement la prise en charge de certains facteurs que la littérature récente a démontré comme des facteurs importants et modifiables. Ces facteurs sont notamment d'ordre sensoriel (déficits proprioceptifs et visuels) et reliés à la surprescription, à la surconsommation, des substances psychoactives ou à l'abus dont l'alcool et les médicaments.

La posture met en jeu les systèmes visuel, vestibulaire (ouïe) et somatosensoriel (sensibilité tactile) qui sont modifiés par le vieillissement. La vision, notamment, est très importante pour maintenir sa posture, pour s'orienter dans l'espace et ainsi assurer des déplacements sécuritaires. Plusieurs études[2,3] font le lien entre les chutes et certains facteurs de risque comme l'altération de l'acuité visuelle ; la diminution de la perception des profondeurs, des contrastes et la réduction du champs visuel, les cataractes et l'utilisation de médicament pour le glaucome.

Plusieurs études[4] menées auprès de services d'urgence ont mis à jour une association entre les chutes et une consommation d'alcool chez les personnes âgées. En particulier, l'alcool influence la gravité des chutes ; une grande consommation d'alcool est significativement associée au risque de chutes avec blessures (hospitalisation ou décès). Ces études concluent que les personnes de 65 ans et plus qui sont hospitalisées pour des problèmes associés à l'alcool devraient être ciblées pour recevoir des programmes de prévention de chutes et des conséquences des chutes.

La réduction de psychotropes amène une diminution des chutes. Il faut, par contre, permettre aux personnes âgées de mieux supporter les sevrages en adoptant une démarche thérapeutique appropriée.

ACTIVITÉS	INDICATEURS DE RÉSULTATS	2004-2005	2005-2006	2006-2007	NIVEAU DE RESPONSABILITÉ	FINANCEMENT
Promotion et soutien de mesures multifactorielles de prévention des chutes destinées aux personnes âgées à risque de chute						
• Maintien, dans les CLSC, du Programme de prévention de la perte d'autonomie chez les personnes aînées (Programme de prévention PAPA) – prévention des chutes.	Nombre de personnes prises en charge.	→	→	→	**Local**	385 000 $/an (déjà alloués) 135 000 $ 2 ETC (infirmières)
• Développement des outils nécessaires en regard des déficits visuels et des toxicomanies comme facteurs de risque de chutes dans le Programme de prévention PAPA en cours.	Nombre d'outils développés.		X		**Régional**	
• Organisation d'une formation pour l'utilisation des nouveaux outils.	Nombre de personnes participantes.		X	→	**Régional**	
• Intégration au Programme de prévention PAPA actuel de la prise en charge des déficits visuels et de certaines toxicomanies (alcool et certains psychotropes).	Nombre de personnes prises en charge suite aux nouvelles dimensions par territoire de CLSC.			X	**Local**	

DÉVELOPPEMENT ET MAINTIEN DES COMPÉTENCES :

Des activités de formation seront offertes en 2005-2006 aux intervenants impliqués dans l'application du Programme de prévention de la perte d'autonomie.

Domaine 4
Maladies infectieuses

Présentation du domaine des maladies infectieuses

L'objectif global, pour la clientèle des personnes âgées, est de réduire l'incidence et l'impact des maladies infectieuses fréquemment acquises en communauté, maladies auxquelles ces personnes sont vulnérables et pour lesquelles un vaccin efficace est disponible. Ainsi, la priorité a été accordée aux infections invasives à pneumocoque et à l'influenza (grippe). Une couverture vaccinale optimale doit être atteinte pour l'ensemble de la clientèle, qu'elle soit en milieu fermé (centres d'accueil, foyers...) ou non.

CLIENTÈLE : Personnes âgées **5.4.1**

DOMAINE : Maladies infectieuses

OBJECTIF : D'ici 2007, réduire de 40 % l'incidence annuelle des infections invasives à pneumocoque dans les groupes d'adultes admissibles à la vaccination.

ÉTAT DE SITUATION :

Les infections à pneumocoque sont très fréquentes et peuvent mener à des complications sérieuses. Environ 5 000 personnes sont hospitalisées chaque année au Québec pour une infection invasive à pneumocoque. L'incidence de ces infections invasives documentées en laboratoire se situe en moyenne à 16 cas par 100 000 personnes au Québec au cours des années 1997 à 2001, dont 150 en Estrie. La présentation la plus fréquente en 2001 demeure la pneumonie bactériémique (~50 %) suivi de la bactériémie isolée (~30 %) et de la méningite (~6 %) alors que 92 % des sérotypes détectés sont inclus dans les vaccins polysaccharidiques 23-valents disponibles au Canada ; la létalité est de 7,5 %, principalement par pneumonie chez des personnes âgées de 65 ans ou plus. Alors que le pneumocoque était particulièrement sensible à la pénicilline, un phénomène de résistance est documenté à l'échelle mondiale depuis la fin des années 1980 et se situe à 15 % en 2001 au Québec.

En Estrie, après un pic d'incidence à près de 29 cas par 100 000 personnes en 1999, l'incidence des infections invasives à pneumocoque, déclarées dans le fichier des maladies à déclaration obligatoire, se situe à 20 puis à 25 cas par 100 000 personnes au cours des années 2000 et 2001. Les pics d'incidence concernent à peu près toujours les mêmes populations : les jeunes enfants suivi des personnes âgées. D'ailleurs, l'incidence moyenne annuelle chez les personnes âgées de 65 ans ou plus se situe à 55 cas par 100 000 personnes, de 1997 à 2001. Par ailleurs, on constate que 84 % des sérotypes isolés en Estrie, en 2000 et en 2001, correspondent à ceux des vaccins polysaccharidiques 23-valents disponibles au Canada.

Un programme de vaccination gratuit contre le pneumocoque au Québec, au moyen du vaccin polysaccharidique 23-valent, est en vigueur depuis avril 1999, auprès des personnes âgées de 2 ans ou plus qui présentent une condition médicale augmentant le risque de faire une infection grave (ex. : condition cardiaque ou pulmonaire chronique). Depuis avril 2000, ce programme vise également l'ensemble des personnes âgées de 65 ans ou plus.

Les données de vaccination contre le pneumocoque en Estrie[5], chez les personnes âgées de 65 ans ou plus, sont présentées ici (la population cible provient d'une estimation du MSSS quant au nombre de personnes admissibles à la vaccination contre le pneumocoque, âgées de 65 ans ou plus, en Estrie) :

Année	Vaccinés	Pop. cible	Couverture cumulative
1999-2000	3 317	39 340	8 %
2000-2001	8 077	39 807	28 %
2001-2002	2 133	40 438	34 %

ACTIVITÉS	INDICATEURS DE RÉSULTATS	2004-2005	2005-2006	2006-2007	NIVEAU DE RESPONSABILITÉ	FINANCEMENT
Vaccination						
• Vaccination contre les infections à pneumocoque des personnes âgées de 65 ans et plus.	70 % des personnes âgées de 65 ans et plus seront vaccinées contre le pneumocoque.	X			**Régional/local**	Budget régulier + Financement nécessaire pour l'atteinte de l'objectif : **180 000 $**
	75 % des personnes âgées de 65 ans et plus seront vaccinées contre le pneumocoque.		X			
	80 % des personnes âgées de 65 ans et plus seront vaccinées contre le pneumocoque.			X		
• Activités de promotion de la vaccination contre les infections à pneumocoque auprès des personnes âgées de 65 ans et plus.	Nombre d'activités de promotion de la vaccination contre les infections à pneumocoque auprès des personnes âgées de 65 ans et plus.			X	**National Régional Local**	Budget régulier

DÉVELOPPEMENT ET MAINTIEN DES COMPÉTENCES :

- Formation des nouveaux vaccinateurs.
- Mise à jour en vaccination.
- Rappels périodiques auprès des médecins et des infirmières des programmes de vaccination gratuite visant les groupes à risque.

CLIENTÈLE : Personnes âgées **5.4.2**

DOMAINE : Maladies infectieuses

OBJECTIF : D'ici 2012, réduire de 25 % le taux annuel d'hospitalisation pour influenza et pneumonie des personnes de 65 ans et plus.

ÉTAT DE SITUATION :

En Estrie, en moyenne par année, 500 personnes de 65 ans et plus sont hospitalisées avec un diagnostic principal de pneumonie et grippe dont 20 personnes pour l'influenza. Une moyenne de 60 décès par année des personnes de 65 ans et plus sont attribués à la pneumonie ou à la grippe.

La meilleure mesure de prévention de l'influenza et de l'infection à pneumocoque (cette dernière faisant l'objet d'une fiche distincte) demeure la vaccination. Ainsi, annuellement, une campagne de vaccination anti-influenza est tenue dès le mois de novembre, visant les personnes appartenant aux groupes vulnérables reconnus dans le Programme d'immunisation du Québec. Essentiellement, il s'agit des personnes âgées de 60 ans et plus, de même que celles de tous âges souffrant de maladies pulmonaires et cardiaques. Le Programme national de santé publique vise à ce que 80 % des personnes ciblées (en milieu ouvert et fermé) soient vaccinées.

En Estrie, bien qu'encore loin de la cible de 80 % du Programme national de santé publique, une excellente performance est enregistrée au niveau de la couverture vaccinale de notre région. Grâce à une campagne de promotion très intensive, le nombre de doses distribuées annuellement est en croissance constante dans la région, comme l'illustre le tableau ci-contre.

Saison	Population ciblée	Personnes vaccinées	Couverture vaccinale	Personnel soignant	Total des vaccinés
1997-1998	58 738	26 923	45,8 %	1 005	27 928
1998-1999	56 506	29 636	52,4 %	860	30 496
1999-2000	63 727	35 258	55,3 %	2 075	37 333
2000-2001*	74 594	39 400	52,8 %	3 404	42 804
2001-2002*	76 079	42 404	55,7 %	1 944	44 348

(*) La clientèle « Personnes âgées » passe de « 65 ans et plus » à « 60 ans et plus ».

Depuis la saison 2000-2001, afin d'améliorer l'accessibilité à la vaccination anti-influenza, le MSSS et la Direction de santé publique et de l'évaluation de l'Estrie accordent aux établissements de santé, une subvention annuelle visant à augmenter le nombre d'heures de clinique de vaccination. L'arrivée de ces subventions coïncide avec l'élargissement des clientèles visées par le programme en 2000-2001, dans le cadre de la préparation pour la prochaine pandémie d'influenza attendue au cours des prochaines années.

Enfin, rappelons que les personnes âgées répondent moins bien à la vaccination, et c'est pourquoi les experts de la santé publique recommandent aussi la vaccination du personnel soignant, qui a, en général, une meilleure réponse immunitaire. Depuis quelques années, les établissements de santé sont invités à encourager les membres de leur personnel soignant à se prévaloir de la vaccination anti-influenza annuelle à l'automne, car la couverture vaccinale de cette clientèle, dans les établissements de la région de l'Estrie, n'est que de 40 %.

ACTIVITÉS	INDICATEURS DE RÉSULTATS	2004-2005	2005-2006	2006-2007	NIVEAU DE RESPONSABILITÉ	FINANCEMENT
Vaccination						
• Vaccination contre l'influenza des personnes appartenant aux groupes vulnérables reconnus dans le *Programme d'immunisation du Québec* (Annexe B).	60 % des personnes vulnérables (en milieu ouvert et fermé) seront vaccinées contre l'influenza.	X			**Régional/local**	Budget régulier + Financement annuel de cliniques supplémentaires de vaccination (Financement actuel du MSSS : **45 000 $**) Financement total nécessaire pour l'atteinte de l'objectif : **185 000 $**
	70 % des personnes vulnérables (en milieu ouvert et fermé) seront vaccinées contre l'influenza.		X			
	80 % des personnes vulnérables (en milieu ouvert et fermé) seront vaccinées contre l'influenza.			X		

ACTIVITÉS	INDICATEURS DE RÉSULTATS	2004-2005	2005-2006	2006-2007	NIVEAU DE RESPONSABILITÉ	FINANCEMENT
• Vaccination contre l'influenza du personnel soignant des établissements de santé.	80 % des membres du personnel soignant des établissements de santé de la région seront vaccinées contre l'influenza.			X	**Régional/local**	Budget régulier + Financement annuel de campagnes de vaccination en établissement de santé (Financement actuel du MSSS : **8 800 $** Financement total nécessaire pour l'atteinte de l'objectif : **35 000 $)**
• Activités de promotion de la vaccination contre l'influenza auprès des groupes vulnérables.	100 % des campagnes de vaccination seront précédées d'activités de promotion diverses (articles dans les hebdos, entrevues dans les médias, sensibilisation du réseau de la santé, etc.).			X	**National Régional Local**	Budget régulier

DÉVELOPPEMENT ET MAINTIEN DES COMPÉTENCES :

- Formation des nouveaux vaccinateurs.
- Mise à jour en vaccination.
- Support-conseil pour les programmes de vaccination.

Références

1 HAMEL D. *Évolution des traumatismes au Québec de 1991 à 1999*, Québec, Institut National de santé publique du Québec, 2001, 462 p.

2 KAMEL H.K., S. GURO-RAZUMAN, M. SHAREEF. « The activities of daily vision scale : A useful tool to assess fall risk in older adults with vision impairment ». *Journal of the American Geriatrics Society*, vol. 48, 2000, p. 1474-1477.

3 NORTHRIDGE M.E., M.C. NEVITT, J.L. LELSEY, B. LINK. « Home hazards and falls in the elderly : The role of health and functional status ». *American Journal of Public Health*, vol. 85, n°4, 1995, p. 509-515.

4 BELL A. J., J.K. TALBOT-STERN, A. HENNESSY. « Characteristics and outcomes of older patients presenting to the emergency department after a fall : A retrospective analysis ». *The Medical Journal of Australia*, vol. 173, n° 4, 2000, p. 179-182.

5 DIRECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE ET DE L'ÉVALUATION. *Rapport sur la couverture vaccinale et les actes vaccinaux en Estrie*, année 2001, Régie régionale de l'Estrie, juillet 2002, 16 p.

Annexe

Annexe A

PROGRAMME DE PRÉVENTION DE LA PERTE D'AUTONOMIE CHEZ LES PERSONNES AÎNÉES
(Programme de prévention PAPA)

L'objectif du programme est de maintenir ou d'augmenter l'autonomie fonctionnelle des personnes âgées de 65 ans ou plus vivant à domicile et bénéficiaires de services de maintien à domicile en diminuant l'incidence des **chutes** chez les personnes âgées.

Le programme s'articule autour de cinq facteurs de risque reliés aux chutes et à la perte d'autonomie fonctionnelle. Il s'agit de la **consommation médicamenteuse**, de **l'alimentation**, de l'**activité physique** (démarche et équilibre), de l'**adaptation architecturale** (risques environnementaux à domicile) et de l'**hypotension orthostatique** (baisse subite de pression sanguine lors de changement de position).

Les personnes âgées intéressées à participer au programme de prévention font d'abord l'objet d'un dépistage pour chacun des cinq facteurs de risque par un intervenant désigné par le CLSC local. À la suite de ces dépistages, si la personne est considérée à risque pour l'un ou plusieurs de ces facteurs, des programmes d'intervention spécifiques sont proposés à la personne âgée.

Dans chaque MRC, le programme met à contribution différents partenaires comme les organismes communautaires, les centres de jour ou autres organismes, mais le mandataire est le CLSC local.

Annexe B

PROGRAMME D'IMMUNISATION DU QUÉBEC

Ensemble des programmes de vaccination soutenus financièrement par le MSSS. Il comprend l'immunisation de base, soit l'ensemble des immunisations considérées comme essentielles dans un programme de santé publique et offertes systématiquement à l'ensemble de la population, à des moments précis de la vie. Le programme inclut également l'immunisation gratuite de groupes particulièrement vulnérables à certaines maladies évitables par la vaccination, soit en raison de conditions médicales particulières, soit en raison de comportements à risque. Périodiquement, le MSSS détermine les clientèles qui sont admissibles à ces programmes de vaccination restreints ou spécifiques.

Liste des collaborateurs et des collaboratrices

Comité aviseur du plan d'action régional de santé publique de l'Estrie

Ginette Dorval, M.D., directrice, Direction de santé publique et de l'évaluation de l'Estrie
Aline Émond, chef de service, Service soutien méthodologique et évaluation, Direction de santé publique et de l'évaluation de l'Estrie
Nathalie Léonard, agente de planification et programmation, Service des programmes, Direction des programmes des ressources financières et matérielles
Lynda Périgny, chef de service, Service prévention/promotion de la santé, Direction de santé publique et de l'évaluation de l'Estrie
Reno Proulx, M.D., chef de service, Service protection de la santé publique, Direction de santé publique et de l'évaluation de l'Estrie
Pierre Richard, directeur des programmes, Carrefour santé du Granit (CH-CHSLD-CLSC), représentant des CLSC de l'Estrie
Danielle Lareau, directrice des services à la population, Carrefour de la santé et des services sociaux du Val Saint-François, représentante des CLSC de l'Estrie
Mario Morand, directeur général, Centre de santé de la MRC d'Asbestos, représentant des CLSC de l'Estrie
Denis Lalumière, directeur général, CLSC de Sherbrooke, représentant des CLSC de l'Estrie
Violaine Franchomme-Fossé, M.D., représentante du Département régional de médecine générale de l'Estrie
Louise Meunier, directrice générale, Le Club Étincelles de bonheur de la MRC du Haut-St-François, représentante du Regroupement des organismes communautaires (ROC) de l'Estrie
Anne-Marie Poirier, coordonnatrice, Naissance-Renaissance Estrie, représentante du Regroupement des Organismes Famille de l'Estrie (ROFE)

Collaboration à la Régie régionale de l'Estrie

Direction de santé publique et de l'évaluation
Ginette Dorval, M.D., directrice
Louise Garant, secrétaire de direction

Service soutien méthodologique et évaluation
Aline Émond, chef de service
Danielle Bédard, agente de planification et de programmation
Annie Bélisle, technicienne en recherche
Michel Carbonneau, agent de recherche sociosanitaire
Denise Donovan, médecin-conseil

Louis Hébert, agent de recherche sociosanitaire
Gilles-Yvon Levesque, agent de recherche sociosanitaire
Brigitte Martin, technicienne en recherche
Marie-Pascale Sassine, agente de recherche sociosanitaire
Isabelle Bruneau, secrétaire
France Paquet, secrétaire

Service protection de la santé publique
Reno Proulx, M.D., chef de service
Chantal Beaudet, médecin-conseil
Francine Beaulieu, infirmière
Sonia Boivin, agente de planification en santé environnementale
Diane Dion, infirmière
Monique Drapeau, médecin-conseil
Louise Frenette, médecin-conseil
Fabien Gagnon, médecin-conseil
Louise Galarneau, médecin-conseil
Suzanne Ménard, médecin-conseil
Danielle Proulx, infirmière
Marjolaine Pruneau, commis senior
Sylvie Bolduc, secrétaire
Nicole Fontaine, secrétaire
Brigitte Marquis, secrétaire

Service santé au travail
Francine Boulanger, chef de service
Carole Albert, agente de planification et de programmation sociosanitaire
Francine Cliche, agente de planification et de programmation sociosanitaire
Michel Hains, hygiéniste du travail
Gilles-Yvon Lévesque, agent de recherche sociosanitaire
Fabien Gagnon, médecin-conseil
Lise Gosselin, médecin-conseil
Denise Fortin, secrétaire

Service prévention/promotion de la santé
Lynda Périgny, chef de service
Daniel Auger, agent de planification et de programmation sociosanitaire
Hélène Bélanger-Bonneau, médecin-conseil
Valois Boudreault, agent de planification et de programmation sociosanitaire
Sandra Brassard, agente de planification et de programmation sociosanitaire
Renée Cyr, agente de planification et de programmation sociosanitaire
André Lavallière, dentiste-conseil
Liliane Pagé, agente de planification et de programmation sociosanitaire
Marie-Thérèse Payre, agente de planification et de programmation sociosanitaire
Robert Pronovost, médecin-conseil
Alain Rochon, médecin-conseil
Mireille Ara, secrétaire
Ginette Breton, secrétaire

GROUPES DE RELECTURE

Développement, adaptation et intégration sociale
Aline Émond, chef de service, Service soutien méthodologique et évaluation
Carole Albert, agente de planification et de programmation sociosanitaire, Service santé au travail
Danielle Bédard, agente de planification et de programmation, Service soutien méthodologique et évaluation
Robert Pronovost, médecin-conseil, Service prévention/promotion de la santé

Habitudes de vie et maladies chroniques
Aline Émond, chef de service, Service soutien méthodologique et évaluation
Michel Carbonneau, agent de recherche sociosanitaire, Service soutien méthodologique et évaluation
Louise Galarneau, médecin-conseil, Service protection de la santé publique
Marie-Thérèse Payre, agente de planification et de programmation sociosanitaire, Service prévention/promotion de la santé

Traumatismes non intentionnels
Aline Émond, chef de service, Service soutien méthodologique et évaluation
Daniel Auger, agent de planification et programmation sociosanitaire, Service prévention/promotion de la santé
Louis Hébert, agent de recherche sociosanitaire, Service soutien méthodologique et évaluation

Maladies infectieuses
Aline Émond, chef de service, Service soutien méthodologique et évaluation
Sonia Boivin, agente de planification en santé environnementale, Service protection de la santé publique
Sandra Brassard, agente de planification et de programmation sociosanitaire, Service prévention/promotion de la santé
Denise Donovan, médecin-conseil, Service soutien méthodologique et évaluation

Santé environnementale
Aline Émond, chef de service, Service soutien méthodologique et évaluation
Sonia Boivin, agente de planification en santé environnementale, Service protection de la santé publique
Sandra Brassard, agente de planification et de programmation sociosanitaire, Service prévention/promotion de la santé
Denise Donovan, médecin-conseil, Service soutien méthodologique et évaluation

Santé au travail
Aline Émond, chef de service, Service soutien méthodologique et évaluation
Valois Boudreault, agent de planification et de programmation sociosanitaire, Service prévention/promotion de la santé
Fabien Gagnon, médecin-conseil, Service santé au travail et Service protection de la santé publique
Marie-Pascale Sassine, agente de recherche sociosanitaire, Service soutien méthodologique et évaluation

Développement des communautés
Aline Émond, chef de service, Service soutien méthodologique et évaluation
Denise Donovan, médecin-conseil, Service soutien méthodologique et évaluation
Liliane Pagé, agente de planification et de programmation sociosanitaire, Service prévention/promotion de la santé